DISSERTATION

N° 5.

SUR LES SOINS A DONNER

AUX DENTS DE SECONDE DENTITION;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 janvier 1828, *pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;*

PAR JEAN-MARIE-PIERRE AUSSANT, de Rennes,

Département d'Ille-et-Vilaine.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

A MA BONNE MÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOIRAC,

Médecin-Dentiste à Paris.

J.-M.-P. AUSSANT.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0000vari_n8r2

DISSERTATION

SUR LES SOINS A DONNER

AUX DENTS DE SECONDE DENTITION.

Tout le monde sait que les soins qu'on donnait autrefois à la bouche étaient, en général, beaucoup moins multipliés qu'à l'époque où nous vivons; dans quelques provinces même, à peine connaissait-on l'usage de la brosse, et le seul remède qu'on apportait aux maladies des dents consistait à les ôter. Mais, comme l'a dit à si juste raison le docteur *Toirac*, dans une excellente dissertation sur ces organes précieux, qu'il a envisagés sous le triple rapport de la santé, de la physionomie et de la prononciation : « Lart ne consiste pas à détruire, il « tend à prévenir le mal, à le soulager quand il vient, et à conserver « les organes ».

En prenant pour sujet de ma thèse les soins à donner à la deuxième dentition, c'est annoncer assez que mon intention est de m'occuper de l'hygiène, de la thérapeutique qui y ont rapport, de suivre la pousse des dents de remplacement, afin d'indiquer les moyens les plus convenables à mettre en usage pour leur arrangement régulier sur les arcades dentaires. Je n'entrerai cependant pas dans des détails trop multipliés, dans la crainte d'outrepasser le volume que je veux donner à une simple thèse.

Quand la première dentition est achevée, l'enfant a vingt dents, dix à chaque mâchoire; elles sont sorties dans l'ordre suivant, savoir :

Du 4me. au 10me. mois, les incisives centrales, celles d'en bas, poussent les premières;

Du 6me. au 12me., les latérales;

Du 10me. au 14me., les quatre canines;

Du 12me. au 20me., les quatre premières molaires;

Du 18me. au 36me., les quatre secondes petites molaires.

Les quatre premières grosses molaires, appelées *immuables*, paraissent ensuite vers l'âge de cinq à six ans, quelquefois plus tard. C'est réellement par elles que commence la seconde dentition, puisqu'elles doivent rester toute la vie. La bouche se trouve alors armée de vingt-quatre dents.

A cette époque, l'enfant présente tous les charmes attachés à l'âge tendre; les joues sont fraîches et rebondies, les gencives sont d'un rouge vermeil, son sourire est gracieux; mais à peine a-t-il atteint la septième ou huitième année, quelquefois plus tôt, l'ébranlement des dents de lait commence, et tout annonce que leur remplacement va avoir lieu; il se fait le plus ordinairement dans l'ordre suivant :

De 5 à 6 ans, les premières grosses molaires;

De 6 à 8, les incisives moyennes d'en bas, ensuite celles d'en haut;

De 7 à 9, les latérales;

De 10 à 12, les conoïdes;

De 9 à 11, les premières petites molaires;

De 10 à 12, la deuxième petite molaire;

De 12 à 17, la seconde grosse molaire;

De 21 à 24, la troisième grosse molaire ou dent de sagesse; cette dernière pousse quelquefois à des époques très-reculées; il n'est pas rare de la voir paraître à trente et trente-quatre ans et même plus tard. Beaucoup d'individus ne l'ont jamais; sa pousse est souvent accompagnée d'accidens graves.

Un jeune homme de ma connaissance, âgé de dix-neuf ans, éprouvait depuis quelque temps, en exécutant des mouvemens d'abaissement de la mâchoire, une douleur assez vive, qui disparaissait lorsque le maxillaire inférieur était dans un état de repos; au bout de quelques jours, elle prit tellement d'intensité, que le sommeil en était troublé. La cavité buccale explorée, on aperçut le tissu gencival de la partie postérieure gauche de l'arcade alvéolaire inférieure rouge, gonflé, très-sensible à la pression, et déchiré à la partie antérieure interne, qui laissait à découvert une petite portion de la couronne de la dernière grosse molaire; en outre, la muqueuse buccale était phlogosée dans le voisinage, et principalement dans le repli qui sépare la joue de l'isthme du gosier. Une incision faite à la gencive procura la sortie d'une assez grande quantité de sang. Les accidens se calmèrent momentanément, et les mouvemens de la mâchoire devinrent un peu plus libres. Deux jours après, sans cause appréciable, les douleurs et tous les autres phénomènes inflammatoires reparurent, mais plus intenses qu'ils n'avaient été; la phlogose n'était plus circonscrite à une petite portion de la muqueuse de la bouche, elle envahissait la portion génienne gauche jusqu'à la commissure des lèvres du même côté. Les mouvemens d'abaissement de la mâchoire, que la douleur ne permettait d'effectuer qu'avec beaucoup de difficulté, rendaient presque impossible l'exploration de la bouche. Des pressions exercées à l'extérieur sur le masseter occasionnaient des douleurs très-vives. Le repos, la diète, des gargarismes émolliens et des cataplasmes calmèrent l'inflammation; mais les mouvemens de mastication, toujours douloureux, forcèrent le malade à ne prendre que des alimens liquides pendant quinze jours. Au bout de quelque temps tous les accidens se calmèrent, et vingt-cinq jours après le commencement de la maladie les parties avaient repris leur état naturel; la couronne de la dent était libre, et le malade pût dès-lors prendre des alimens solides.

Maintenant que nous connaissons les deux séries de dents qui bordent successivement les mâchoires, nous allons nous occuper de

leurs formes respectives, et dire un mot des différentes parties qui les composent.

Les dents sont formées de trois parties distinctes : l'émail, qui en revêt la couronne ; la partie osseuse, qui en constitue la base, et une partie molle, qui en remplit la cavité creusée dans son épaisseur. L'émail s'étend seulement sur la couronne, et se termine en mourant près de l'endroit où commencent les racines, et qui porte le nom de *collet ;* la partie nommée *osseuse*, qui en constitue la base, a été regardée par M. *Cuvier* comme se rapportant à la nature de l'ivoire ; il l'a appelée pour cette raison *substance éburnée*. *Bichat* dit qu'elle se rapproche beaucoup par sa dureté du tissu de l'apophyse pétrée, qui, comme on le sait, est fort dense ; et M. *Delabarre* a plus d'une fois avancé, dans ses cours, que la substance qui nous occupe se rapporte aux os. La pulpe dentaire est une partie molle transparente, qui a une forme particulière selon la dent à laquelle elle appartient ; elle est douée d'une très-grande sensibilité. *Béclard* pense qu'elle provient d'une papille de la membrane muqueuse qui descend dans les alvéoles, et du fond de ces cavités envoie dans le canal dentaire un prolongement renflé qui le remplit entièrement.

D'après leurs formes et leurs usages, on distingue les dents en *incisives*, en *canines*, en *petites* et *grosses molaires*. Les incisives, placées au-devant de la bouche, sont propres à couper comme les lames des ciseaux ; elles sont au nombre de huit, quatre à chaque mâchoire ; leur couronne, aplatie, représente un coin ; elle est plus étroite et plus épaisse du côté de la racine que vers son bord libre ; elle est lisse, polie, légèrement convexe en avant, concave, et un peu plus étroite en arrière. De chaque côté elle offre une petite surface triangulaire contiguë à la dent voisine. Elle est séparée de la racine par un collet qui décrit une courbure parabolique en avant et en arrière. La racine est toujours simple, allongée, conique, pointue, comprimée transversalement, et munie d'un sillon longitudinal de chaque côté. Les incisives de la mâchoire supérieure sont plus fortes et plus grandes que celles de l'inférieure ; elles sont dirigées en bas et

en avant, leur bord libre est taillé en biseau sur la face postérieure ; les moyennes présentent des dimensions plus considérables que les latérales; on les distingue, pour cette raison, sous les noms de *grandes* et de *petites incisives*. Les incisives inférieures sont plus petites que les précédentes ; les moyennes sont un peu moins volumineuses que les latérales : leur axe est vertical, leur bord libre est coupé en biseau sur la face antérieure, leur racine est grêle et fortement déprimée.

Les dents canines, au nombre de deux à chaque mâchoire, ont leur couronne conique allongée, très-convexe en avant, un peu concave en arrière, et terminée par un sommet pointu qui dépasse souvent le niveau des autres dents. Leur racine est simple mais beaucoup plus forte que celle des incisives.

Les dents canines supérieures sont les plus longues de toutes les dents ; les inférieures sont plus petites, et présentent assez bien la forme d'une petite incisive d'en bas.

Les dents molaires, au nombre de dix à chaque mâchoire, occupent les parties latérales des arcades alvéolaires ; les couronnes en sont tuberculées, et les racines présentent des divisions variables; on les distingue sous les noms de *petites* et de *grosses molaires*, savoir, quatre petites à chaque mâchoire, placées deux de chaque côté derrière la dent canine. Leur couronne est irrégulièrement cylindrique, aplatie d'avant en arrière, plus large en dehors qu'en dedans, et surmontées de deux tubercules, l'un externe, plus fort et plus saillant, l'autre interne, plus petit et moins élevé. Ces tubercules, plus prononcés aux petites molaires supérieures qu'aux inférieures, laissent entr'eux deux excavations inégales; leur racine est fortement aplatie et profondément sillonnée en avant et en arrière ; elle est ordinairement simple, quelquefois bifurquée à son extrémité.

Les grosses molaires sont au nombre de six à chaque mâchoire, elles sont plus grosses que les précédentes, qu'elles débordent sensiblement en dehors de l'arcade. Leur couronne est cylindroïde, courte, un peu aplatie sur les deux côtés par lesquels elles se correspondent. La surface libre est garnie de plusieurs tubercules dont le nombre est

de quatre, séparés par des sillons en nombre proportionné. Leur racine est un peu plus courte, mais toujours plus forte, plus divisée et plus perforée que celles des petites molaires. Les divisions de la racine sont généralement divergentes. A la mâchoire supérieure elles sont un peu plus grosses que celles d'en bas, leurs racines sont plus nombreuses ou plus distinctes, plus divergentes, et quelquefois, après s'être écartées, elles se rapprochent. La première est la plus grosse de toute, sa couronne a quelquefois quatre à cinq tubercules; sa racine a ordinairement trois divisions, dont deux externes et une autre interne. La seconde a trois tubercules à la couronne, la racine a également trois divisions disposées de la même manière. La troisième, appelée ordinairement *dent de sagesse*, a des racines souvent réunies, d'autrefois divergentes.

A la mâchoire inférieure, les molaires ressemblent beaucoup à celles d'en haut, et ont à peu près le même volume; la couronne présente ordinairement quatre tubercules, la racine de la première a communément deux divisions aplaties d'avant en arrière, la seconde en a aussi deux, la troisième a ses racines disposées d'une manière assez variable, mais le plus souvent réunies en cône.

La différence qui existe entre les dents de la première et de la seconde dentition se tire de leur forme et de leur volume. Le volume des incisives et des canines est moins considérable chez l'enfant que celui d'un pareil nombre de dents d'adulte, leurs bords tranchans sont plus minces, leurs couronnes sont plus arrondies et plus ramassées. En un mot, on peut dire que les six dents antérieures du premier et du second appareils ont des formes presque analogues, et ne présentent des différences marquées que dans le volume; il n'en est pas ainsi pour les molaires de la première dentition, qui diffèrent constamment de celles qui doivent les remplacer. En effet, elles ont un volume considérable, et ressemblent aux grosses molaires; mais leurs surfaces ne présentent pas les mêmes dessins.

La première molaire a trois pointes du côté de la langue, deux du côté des joues, et paraît comprimée de dehors en dedans. La

deuxième est plus arrondie, et offre cinq pointes, dont trois en dehors et deux en dedans. Le côté de ces deux dents qui répond aux joues est aplati et incliné d'une manière remarquable. Près du collet, on aperçoit une espèce de gibbosité, les racines de ces dents sont très-fortes, et s'écartent plus en bas qu'en haut. A la mâchoire supérieure les racines sont au nombre de trois.

Les deux molaires de lait et les canines ne se renouvellent quelquefois pas au temps marqué par leur mue, et elles peuvent persister plus ou moins long-temps. Il faut donc avoir une parfaite connaissance des formes qui les font distinguer d'avec celles de remplacement, pour éviter des méprises impardonnables dans la pratique.

Cette nouvelle série de dents, qui offre à la vue un aspect si agréable quand elles sont régulièrement placées sur les arcades alvéolaires, est loin de présenter le même tableau si elles se trouvent rangées d'une manière vicieuse, qui dépend le plus souvent de la forme de la mâchoire, de son peu de développement, ainsi que de la permanence des dents temporaires, lorsque l'absorption des racines ne s'est pas faite régulièrement.

La différence sensible qui existe en l'un et l'autre appareil dentaire de la mâchoire supérieure et inférieure est souvent la cause des irrégularités plus fréquentes qu'on remarque dans le placement des dents d'en haut; les incisives et les canines, étant baucoup plus larges que celles dont elles vont occuper la place, sont plus particulièrement sujettes à se dévier. Leurs déviations peuvent avoir lieu de plusieurs manières, tantôt elles sont dirigées en dedans, tantôt elles font saillie en dehors, et soulèvent la lèvre : d'autres fois leur face antérieure est plus ou moins déviée, et elles présentent leurs bords latéraux en dehors. On peut joindre à ces irrégularités de seconde dentition, les dents surnuméraires, et les difformités qu'elles offrent dans leur forme respective.

C'est alors qu'il est indispensable de recourir aux moyens que l'art met quelquefois en pratique avec tant d'avantage pour remédier à

tous ces accidens, et qui consistent dans l'emploi de fils métalliques ou de soie diversement combinés, de plaques et de plans inclinés, confectionnés, soit en or, soit en platine. Il est des cas où on est obligé de recourir également au sacrifice d'une ou de plusieurs dents, ou simplement à leur luxation. Quelle que soit la méthode à laquelle on donne la préférence, on sera d'autant plus sûr de réussir, qu'on opérera dans une période moins *avancée* de la vie.

Les déviations des dents ne sont pas les choses principales qui réclament les secours de l'art; le dentiste est souvent consulté pour une foule d'autres affections, qui se rapportent à l'organe qui nous occupe, et qui dépendent, soit de la constitution physique du sujet, de ses dispositions pathologiques héréditaires, de ses habitudes fluctionnaires, de la température du climat qu'il habite, soit enfin de divers états nerveux, qui rendent quelquefois toutes les dents douloureuses.

C'est pour cette raison qu'on conçoit aisément qu'il convient que l'art du dentiste soit pratiqué par des médecins qui en fassent le principal objet de leurs études; et, comme la fort bien dit M. *Marjolin*, on n'est pas dentiste pour connaître l'altération la plus évidente d'une dent et pour faire sur elle les opérations les plus simples et les plus grossières manœuvres; il faut, à la connaissance précise de l'anatomie de la bouche en particulier, réunir des notions générales d'anatomie et de physiologie, de médecine, d'hygiène et de mécanique, et, de plus, celles d'un grand nombre d'opérations d'orfèvrerie. Comment, en effet, sans le secours de ces connaissances, parvenir à distinguer les maladies purement locales de la bouche de celles qui ne sont que les symptômes d'une affection générale, à déterminer l'influence des agens qui peuvent contribuer à produire ces maladies, afin de modifier le traitement qui convient à chacune d'elles Comment remédier aux inconvéniens, aux difformités qu'elles entraînent, si l'on n'a pas de principes de mécanique; comment prescrire les médicamens, si l'on n'est pas instruit de leurs propriétés.

La médecine dentaire est long-temps restée en arrière, sans doute

parce que peu de médecins s'en sont occupés, et que cette partie de la science se trouvait confiée à l'ignorance et au charlatanisme; tout le monde conviendra pourtant que les dents sont des organes précieux, dont l'altération ou la perte totale peuvent entraîner de grands inconvéniens pour la santé.

De toutes les maladies qui affectent les dents, il n'en n'est aucune qui soit aussi commune que la carie. Quand elle ne tient pas une disposition primordiale, elle reconnaît pour cause principale les chutes, les percussions, le passage subit du chaud au froid, et *vice versâ*. l'habitation des pays humides, et la trop grande pression d'une dent contre une autre dans leur arrangement.

M. *Delabarre* distingue les caries en deux espèces, *carie* proprement dite, et *nécrose.*

M. *Duval* porte leur nombre à sept; il les distingue sous les noms de

Carie calcaire,
—— *écorçante,*
—— *perforante,*
—— *charbonnée,*
—— *stationnaire,*
—— *curée,*
—— *diruptive.*

La première a été nommée *calcaire*, parce qu'elle présente une légère dépression circulaire près de la gencive. L'émail est plus blanc que dans l'état naturel; il est friable, et paraît jouir d'une extrême sensibilité.

La deuxième espèce, appelée *écorçante*, produit une tache jaune à l'émail de la couronne, qui devient très-friable, et se détache quelquefois de la totalité de la dent; la substance subjacente est jaunâtre, quelquefois brune, un peu sensible, et moins consistante que dans l'état naturel.

La troisième espèce, nommée *perforante*, produit une tache plus ou moins foncée sur l'émail, qui dégénère ensuite en une petite cavité variable en profondeur et en largeur, et dont les parois sont sèches, friables, noires, sans odeur ni sensibilité; ses progrès sont rapides.

La quatrième espèce est la carie charbonnée, qu'on reconnaît à une tache noire, dont la périphérie ainsi que la couleur se laissent apercevoir à travers l'émail, qui, dans cet endroit, est d'une couleur bleuâtre. Il succède à cette tache une cavité dont les parois sont sèchès, friables, noires, sans odeur ni sensibilité; ses progrès sont rapides.

La cinquième espèce, nommée *stationnaire*, commence par une tache et une cavité noires, et détruit la superficie de l'émail; elle est insensible, inodore; ses parois sont aussi dures que dans l'état sain, ses progrès sont très-lents.

La sixième espèce, désignée sous le nom de *curée*, n'affecte que la couronne des molaires, et se manifeste par une dépression plus ou moins superficielle. Elle a une couleur jaune ou brune; et quoiqu'il y ait déperdition de substance, la partie osseuse de la dent n'est pas douloureuse, et reste aussi dure que dans l'état naturel. La surface de la carie est polie; ce qui pourrait la faire confondre avec l'usure de l'organe.

La septième espèce, qui est la *carie diruptive*, se manifeste près de la couronne, avec ramollissement de la substance ostéo-dentaire, qui devient sensible au froid, au chaud, aux acides, et au contact le plus léger. On voit d'abord une tache jaune, ensuite une cavité de même couleur, qui se dirige transversalement, de manière à opérer la séparation de la couronne et de la racine.

L'art a recours, pour remédier à la carie, à plusieurs moyens, qu'on peut varier suivant ses progrès et sa position. Quand la dent est légèrement attaquée, on peut en enlever la partie malade avec un

burin, une rugine ou une lime, selon les cas. Dans cette petite opération, il faut avoir soin de limer doucement et à plusieurs reprises. Si la maladie s'étend profondément et jusqu'à l'antre dentaire, on devra plomber, si toutefois la dent n'est pas douloureuse, et s'il ne s'en écoule pas un liquide ichoreux, d'une odeur fétide, dont il serait dangereux d'arrêter le cours. Avant de faire cette opération, il convient d'en nettoyer avec soin la cavité, d'en enlever les parties molles résultantes de la carie, et d'en détruire le nerf, s'il se trouve découvert.

Les dents se plombent en introduisant, soit des feuilles d'or, de platine ou d'étain que l'on presse fortement, et dont on comble l'excavation. On peut, au lieu de ces métaux en feuilles, employer également avec avantage le métal dit de *Darcet*, que M. *Regnart* a rendu encore plus fusible, en y ajoutant une certaine proportion de mercure.

Quand on a employé les collutoires et les applications médicamenteuses, qu'on a détruit le nerf cautérisé, limé, ruginé, plombé, etc., et que la maladie n'éprouve aucun heureux amendement ; il est à présumer que la dent est malade à sa racine ou à son périoste, et c'est alors qu'on doit avoir recours à son extraction, qui, selon les cas, se fait comme, comme on le sait, avec le davier, la clé de *Garengeot*, l'élévatoire, le pélican et le pied-de-biche.

Cette opération, si simple et si facile, que tout le monde peut pratiquer, est quelquefois accompagnée d'accidens très-graves, tels que les hémorrhagies, qui peuvent devenir mortelles chez les scorbutiques, les fractures d'une portion de l'arcade dentaire (*Hunter*, *Fauchar* et *Berdmore* en rapportent des exemples), l'enfoncement du sinus maxillaire et la luxation de la machoire, si on appuie trop fortement sur elle pendant quelle est déjà abaissée. Quelques personnes restent évanouies pendant plus ou moins de temps ; d'autres éprouvent un dérangement complet dans l'économie, comme un tremblement universel, des convulsions, des accès d'épilepsies, la

fièvre, des ophthalmies ou un l'armoiement, des vomissemens et des diarrhées. Tous ces désordres heureusement sont très-rares ; mais on a été plus d'une fois à même de les observer. Aussi doit-on éviter le plus possible, dans le temps de la gestation et des menstrues, de faire l'extraction d'une dent, surtout chez les femmes pusillanimes et nerveuses.

La surdité peut également en être la suite : je puis en rapporter une observation très-curieuse, qui se trouve consignée dans la thèse inaugurale du docteur *Toirac*. « J'ai vu, dit ce médecin dentiste, « dans l'été de 1819, un homme, à la consultation publique de M. le « professeur *Roux*, à l'hôpital de la Charité, qui se plaignait de la « surdité qui lui était survenue à l'oreille gauche à la suite de l'ex- « traction de la deuxième molaire d'en bas du même côté. Trois mois « après il revint, et nous apprit qu'il avait perdu l'usage de l'autre « oreille à la suite de l'évulsion de la dent correspondante. J'ai su de « ce malade intéressant, que j'ai eu le malheur de perdre de vue, que « chaque opération avait été suivie d'une très-forte fluxion. »

Il ajoute : « Serait-ce les trompes d'*Eustachi* qui seraient oblitérées « par suite de l'inflammation, ou bien serait-ce le résultat d'une lé- « sion du nerf maxillaire, qui, comme on le sait, communique avec « les rameaux qui se répandent dans le tympan ? Cette dernière hy- « pothèse, continue-t-il, pourrait avoir d'autant plus de fondement « qu'on est souvent à même de remarquer qu'un mal de dent pro- « venant d'une molaire d'en bas occasionne quelquefois une douleur « assez vive dans l'oreille. » Et, pour appuyer son assertion, il rapporte l'observation suivante :

« Madame de M***, d'une constitution très-nerveuse, âgée de cin- « quante et quelques années, m'en a offert un exemple bien frap- « pant. Depuis plus de trois ans elle avait un mal d'oreille qui lui « enlevait tout sommeil. Vésicatoires, sangsues, purgatifs, pédilu- « ves, etc., furent employés inutilement. J'examinai ses dents avec

« soin : elle y éprouvait une douleur sourde, disait-elle. Je m'aper-
« çus, en écartant les joues, que la première grosse molaire gauche
« d'en bas était plus longue que les autres, et soutenait seule le poids
« de la mâchoire de ce côté. Je la mis au niveau des autres, et le
« mal d'oreille cessa entièrement, de plus, elle a pu manger des ali-
« mens solides, dont elle avait été obligée de se priver depuis long-
« temps. »

L'évulsion d'une dent malade n'est pas la dernière ressource qui reste à l'homme de l'art; il peut, dans certains cas, recourir à sa luxation, ou même la replacer dans son alvéole, après qu'il l'aura ôtée entièrement, en ayant soin auparavant de la nettoyer, et de la plomber s'il y a lieu. Il est bon de faire remarquer que cette opération est quelquefois suivie d'un gonflement inflammatoire des parois alvéolaires, ce qui peut donner lieu à des fistules dentaires; les racines de ces dents, d'ailleurs, s'absorbent et présentent à la longue un grand nombre de petites aspérités.

On peut encore ranger, parmi les maladies qui affectent les dents, l'érosion et l'atrophie. Dans la première, les dents sont marquetées de petits enfoncemens plus ou moins profonds résultant de l'état maladif de l'individu pendant l'odontogénie. *Bourdet* présume que la liqueur contenue dans le sac ou matricule dentaire, s'acidule dans le cas de quelques maladies graves, et que les dents en sont érodées.

M. *Delabarre*, dans son traité de la seconde dentition, affirme que l'expérience démontre la vérité de cette explication. Voici ce qu'il dit : « Toutes les dents, qui sont en ossification, lorsque les causes de « l'érosion se développent, sont ordinairement affectées, mais dans « des endroits différens, suivant leur degré d'élévation dans la ma- « trice dentaire. » Les enfoncemens que présentent les dents érodées pénètrent quelquefois jusqu'à la pulpe dentaire, et quand on y introduit un corps étranger, on occasionne des douleurs intolérables.

L'atrophie ne doit pas être confondue avec l'érosion dont nous venons de parler, et qui attaque toujours une série de dents. Celles qui sont atteintes d'atrophie présentent diverses nuances de couleur brune ou blafarde, entremêlées d'un blanc mat, et sont insensibles à l'action de l'instrument. C'est, pense M. *Delabarre*, le résultat d'une nutrition ou d'un développement vicieux des petits tubes exhalans, lors de l'odontogénie. Ces sortes de dents, dont la couronne est un peu allongée, en imposent souvent pour une fausse apparence de solidité ; elles se carient vers l'âge de quinze à dix-huit ans, et se trouvent ordinairement sur des individus qui ont été faibles dans leur enfance, et qui ne sont parvenus à la puberté qu'à force de soins. Plus tard, leur santé s'affaiblit ; ou, si de muqueux qu'ils sont, ils passent au tempérament sanguin, ce qui arrive quelquefois, le médecin pourrait se tromper sur leur constitution, s'il n'avait ces caractères ineffaçables à consulter. En effet, des marques d'atrophie et d'érosion ne s'effacent jamais ; tandis qu'avec les années le tempérament peut changer.

L'exostose n'affecte que les racines des dents ; quelquefois il n'y a qu'un côté de la racine d'attaqué, d'autres fois tout le pourtour. Le tissu de l'exostose est moins dur que la substance ; il est de couleur jaune, et presque toujours le résultat de l'engorgement et de l'ossification du périoste d'une dent malade depuis longtemps.

La nécrose des dents est produite par la suppuration et la destruction de la membrane alvéolo-dentaire ; elle reconnaît pour cause les violences extérieures, et surtout l'inflammation chronique et gangréneuse du périoste et des parties qui l'avoisinent. Les dents, qui sont frappées de nécrose, sont blanches, s'ébranlent et tombent. Quand elles restent dans leurs alvéoles, elles donnent lieu à l'écoulement d'un pus fétide qui s'échappe entre le collet et la gencive. Si l'on en fait l'évulsion, on trouve que la racine en est rugueuse, et d'une couleur noirâtre ou jaunâtre. Cette maladie peut être con-

sidérée comme incurable, ainsi que l'érosion, l'atrophie et l'exostose.

Maintenant que nous connaissons les principales altérations qui affectent les dents de remplacement, il est, je crois, important d'indiquer les soins hygiéniques qui leur sont nécessaires. C'est particulièrement à l'époque de la deuxième dentition qu'on doit commencer à les mettre en pratique. De neuf à quinze ans, il suffit de recourir à de simples ablutions d'eau fraîche, et de brosser les dents de temps en temps. Plus tard, lorsque le tartre s'y dépose avec plus ou moins d'abondance, il faut avoir recours aux soins de l'homme de l'art. L'usage journalier que l'on fait ensuite de la brosse, à laquelle on ajoute une poudre dentifrice, s'oppose jusqu'à un certain point à son accumulation. On évitera de se servir de poudres trop rudes, qui doivent leur célébrité aux acides, elles ne blanchissent l'émail qu'en le détruisant.

Les maladies des dents et leurs pertes reconnaissent fréquemment pour cause la mauvaise habitude qu'ont quelques personnes de se baigner souvent la tête; elles peuvent dépendre aussi du passage subit du froid au chaud, résultant soit des alimens, soit de la température extérieure.

La manie de briser des corps durs avec les dents nuit également, d'une manière remarquable, à ces organes; l'ébranlement qui suit cette manœuvre imprudente, ainsi que le choc, peuvent souvent donner lieu à l'entamure d'une ou de plusieurs dents, et par là les disposer à la carie ou l'inflammation de leur périoste.

Les dames, quand elles travaillent, ont assez souvent la mauvaise habitude de couper leur fil avec les dents; il en résulte, à la longue, qu'elles les usent toujours inégalement; ce qui ne peut que déranger l'harmonie de la denture. La même chose a lieu chez les fumeurs qui se servent de pipes en terre : ils éviteront cet inconvénient en mettant le canon d'une plume autour du tuyau.

On aura soin de se passer toujours de l'eau dans la bouche après le

repas, quelquefois un curedent, et même la brosse. Cette recommandation s'adresse surtout aux personnes dont les dents cariées présentent des cavités plus ou moins profondes ; les alimens qui y séjournent et qui s'y putréfient ne peuvent que vicier l'haleine.

Mettant à part tout le charme qu'offre une jolie denture, les dents, examinées sous le rapport de la santé générale, sont des organes précieux dont on ne saurait trop chercher la conservation. L'importance d'une bonne mastication n'est contestée par personne ; tous les physiologistes l'ont reconnue ; tous ceux enfin qui se sont occupés du rapport de la structure des êtres organisés avec les fonctions dont sont chargés les organes, ont plus ou moins insisté sur ce point. C'est surtout à l'époque qu'elles viennent à manquer, ou qu'elles sont affectées de maladies, qu'on a l'occasion d'en apprécier l'importance. Une mastication imparfaite, la sécrétion et l'excrétion plus ou moins active des humeurs de la bouche, mêlées à la matière ichoreuse qui s'échappe des dents gâtées, acquiert des propriétés irritantes qui ne peuvent manquer de s'exercer sur l'estomac et les autres organes que parcourent les alimens. En effet, l'altération de ces liquides et les défauts d'une mastication convenable donnent lieu à de mauvaises digestions, et prédisposent nécessairement à toutes les maladies qui se rattachent au trouble de ce viscère régénérateur.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad dentitionem verò accedentibus gengivarum pruritus, febres, convulsiones, alvi profluvia; et maximè ubi caninos dentes producunt, et iis qui inter pueros sunt crassissimi, et qui alvos duras habent. *Sect.* 3, *aph.* 25.

II.

Frigidum inimicum ossibus, dentibus, nervis, cerebro, spinali medullæ; calidum verò utile. *Sect.* 5, *aph.* 18.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

IV.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

V.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Ibib.*, *aph.* 7.

VI.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Ibid.*, *aph.* 2.